

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

178

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert MAUPIILLIER

Né à Sainte-Florence-de-l'Oie (Vendée) le 22 Février 1910

Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DES

ULCÈRES PERFORÉS ET BOUCHÉS
DE L'ESTOMAC

Président : A. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert MAUPILLIER

Né à Sainte-Florence-de-l'Oie (Vendée) le 22 Février 1910

Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DES

ULCÈRES PERFORÉS ET BOUCHÉS
DE L'ESTOMAC

Président : A. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	N...
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SERGENT.
Clinique propédeutique	BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri).. Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU..... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.

MM.

LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 M^{me} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

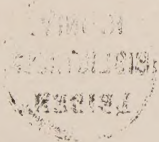
pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.



IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

*Témoignage de vive
reconnaissance et de pro-
fonde affection.*

A MA SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière

Membre de l'Institut

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Hommage de reconnaissance pour l'honneur
qu'il veut bien nous faire
en acceptant la Présidence
de cette thèse.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR DUVAL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris
Chirurgien des Hôpitaux du Havre
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le
sujet de cette thèse, et nous
a aimablement aidé de ses
conseils dans la rédaction
de ce travail.*

AU DOCTEUR DERUAS
ET AU DOCTEUR LEBLANC
Radiologistes des Hôpitaux du Havre

*Qui nous ont amicale-
ment conseillé.*

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
DU HAVRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE NANTES

Stages

MONSIEUR LE DOCTEUR MIRAILLE. *In memoriam*

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON SOURDILLE.

In memoriam

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR BAHUAUD

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTIERS.

MONSIEUR LE DOCTEUR DURBIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON SOURDILLE.

In memoriam

A TOUS LES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Depuis quelques années la chirurgie gastrique a fait d'importants progrès. Avec l'arrivée en France de FINSTERER, cette chirurgie a été de nouveau d'actualité. Il est incontestable que, sous l'influence du Maître Viennois, les chirurgiens français se sont orientés plus nettement vers la résection large de l'estomac.

Dans ce travail, nous étudions plus particulièrement les ulcères perforés et bouchés de l'estomac et du duodenum. Cette question étant encore très discutée nous avons recherché toutes les observations des malades opérés par le D^r DUVAL, au Havre, de 1931 à 1936, tant dans son Service à l'Hôpital qu'à sa Clinique.

Nous avons pu rassembler ainsi 33 observations que nous reproduisons à la fin de ce travail.

L'étude et l'analyse de ces observations nous a permis de mettre en évidence un certain nombre de remarques intéressantes qui feront l'objet de cette thèse.

ÉTUDE DES OBSERVATIONS

Ces 33 observations d'ulcères perforés et bouchés de l'estomac et du duodenum se groupent de la façon suivante :

1^o 10 ulcères perforés-bouchés de la face postérieure de l'estomac.

2^o 5 ulcères perforés-bouchés de la face postérieure de la petite courbure.

3^o 18 ulcères perforés-bouchés de la région pyloro-duodenale ou duodenale.

Chez tous ces malades il a été fait une gastrectomie large suivant la technique de FINSTERER.

Si nous étudions les suites opératoires immédiates, nous ne relevons aucun décès. L'analyse plus détaillée des feuilles de température de chaque opéré nous apprend que le plus souvent les suites post-opératoires ont été relativement bénignes, comparables à celles d'une appendicite à froid.

1^o dans 20 cas, les malades ont quitté l'hôpital ou la Clinique avant le 10^e jour.

2^o dans 8 cas entre le 10^e et le 20^e jour ;

3^o dans 5 cas après le 20^e jour.

Comme complication nous relevons dans trois cas des hématomes de la paroi ayant eu comme seul effet de retarder la sortie du malade ; dans trois cas une légère poussée de bronchite caractérisée par un peu de température et une expectoration mucopurulente pendant quelques jours.

Dans l'ensemble, suites opératoires bénignes, n'ayant aucun rapport avec l'importance de l'opération pratiquée.

En plus, nous avons pris la peine de rechercher ce que ces malades étaient devenus depuis leur opération. Nous avons été agréablement surpris de constater que tous ceux que nous avons revus ont pu reprendre assez rapidement leur travail de 1 à 4 mois après l'opération et que presque tous, pour ne pas dire tous, étaient enchantés de l'opération pratiquée. Ils ne souffrent plus, mangent de tout, ne suivent pas de régime, ont généralement augmenté de poids et cessé toute médication gastrique.

Quelques malades seulement se plaignent de troubles intestinaux, diarrhée, constipation, qui ne sont rien à côté des douleurs qu'ils éprouvaient avant l'intervention.

ÉTIOLOGIE

L'ulcère perforé-bouché s'observe comme l'ulcère simple, le plus souvent chez l'homme adulte. Il est plus rare chez la femme, 7 sur 33.

Mais cet ulcère compliqué n'est pas uniquement l'apanage de l'adulte, nous l'avons observé 3 fois avant 30 ans, 5 fois après 55 ans.

La profession n'a qu'une importance relative. En Normandie il faut tout de même faire une place relativement importante à l'abus du cidre et de l'alcool.

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude des observations des malades opérés d'ulcère perforé et bouché nous a montré que, dans presque tous les cas, les malades se plaignaient de souffrir de l'estomac depuis de nombreuses années. 8 à 10 ans dans les observations N° 11, 12, 13, 15, 16, 18, 22, 26, 28, 29, 30, et 33, 25 ans dans les observations N° 23 et 33.

L'ancienneté des troubles gastriques observés est presque une règle constante dans de tels ulcères.

Il est un autre fait clinique qui a attiré notre attention c'est le caractère des douleurs. Les douleurs accusées par les malades surviennent le plus souvent sans le moindre horaire, aussi bien dans la matinée, dans l'après-midi que dans le courant de la nuit. C'est au moment où le malade ne s'y attend pas que la douleur survient avec son maximum d'intensité. Elle n'a plus ce caractère cyclique, presque pathognomonique de l'ulcère de l'estomac ou du duodenum, survenant généralement 2 à 3 heures après les repas.

On ne retrouve ces douleurs rythmées par les repas que par l'interrogatoire. En effet, pendant plusieurs années, ces malades ont souffert par périodes comme tout ulcéreux. Ce n'est qu'au bout de plusieurs années, en même temps que l'ulcère devenait calleux, que cette douleur devient permanente, entrecoupée par de véritables crises paroxystiques beaucoup plus intenses.

Ces crises paroxystiques, bien particulières aux ulcères perforés et bouchés, se retrouvent presque chez tous les opérés sans exception. Elles sont extrêmement vives, rappelant celles que l'on observe dans le tabès, dans l'aortite abdominale, dans le cancer du corps du pancréas. Elles sont si intenses que souvent le malade a recours à la morphine pour se calmer.

La crise douloureuse est en rapport avec l'irri-

tation de tout le plexus solaire. Ce ne sont plus des douleurs d'ulcère, mais de véritables crises de solarite.

La douleur transfixiante, au niveau des 11^e et 12^e vertèbres dorsales est presque constante, elle est également en rapport avec l'irritation du plexus solaire.

En dehors de ces signes, l'examen du malade est souvent complètement négatif. Le diagnostic se fait presque uniquement par l'interrogatoire du patient.

Pourtant, on peut remarquer que tous, ou presque tous, ont un faciès assez spécial, jusqu'à un certain point assez caractéristique. Le visage est maigre, les pommettes sont saillantes, les téguments sont secs, deshydratés, parfois très légèrement subictériques. Le regard exprime la souffrance, la crainte de la crise douloureuse prochaine qui peut survenir d'un instant à l'autre. •

L'état général relativement bon au début s'altère progressivement, allant de pair avec l'intensité des douleurs. Très souvent ces malades restreignent leur alimentation pour ne pas souffrir et ne prennent que des liquides, le plus généralement du lait.

Il n'est pas rare d'observer des malades considérablement amaigris, asthéniques, ayant dû quitter leur travail depuis des mois, parfois presque confinés au lit depuis des semaines.

Chez presque tous ces malades nous avons fait l'étude du chimisme gastrique, examen que nous

pratiquons systématiquement. Il nous a montré que le plus souvent l'acidité est normale, parfois augmentée, quelquefois diminuée. Dans certains cas même, l'acide chlorhydrique libre fait totalement défaut et l'acidité totale est très diminuée. Obs. N° 14, 16, 25 et 26.

Nous pouvons déduire de cela que l'ulcère calleux perforé et bouché ayant détruit une partie parfois importante de la zone acide a une tendance à évoluer dans un milieu moins acide que l'ulcère jeune du début.

La radiographie peut être d'un précieux secours dans le diagnostic de ces ulcères. Malheureusement, il est souvent difficile de mettre en évidence de telles lésions. Il faut avoir soin de pratiquer des radiographies de profil, soit debout, soit couché, afin de pouvoir faire apparaître la niche caractéristique de tels ulcères. Planche N°.

L'étude des plis de la muqueuse gastrique pourra, dans certains cas, permettre de reconnaître la présence d'un ulcère invisible par les procédés ordinaires.

Il n'est pas rare de voir ces ulcères s'accompagner de sténose. La sténose médio-gastrique est assez souvent la résultante d'un ulcère perforé et bouché, de la petite courbure ou de la face postérieure de l'estomac. La sténose duodénale est fréquente dans les ulcères de la face postérieure du duodenum pénétrant dans la tête du pancréas.

Par contre ces ulcères évoluant généralement sur la face postérieure de l'estomac se compliquent



Radiographie de profil montrant une sténose médiogastrique et une volumineuse niche de la face postérieure.

rarement de perforation en péritoine libre. Du fait du processus de sclérose qu'ils déterminent, ils peuvent, évoluer indéfiniment et arrivent à creuser de véritables géodes dans le tissu pancréatique. Il n'est pas rare d'observer, par contre, des hémorragies importantes par ulcération d'un vaisseau; les hémorragies occultes sont presque constantes.

Tous ces malades ont suivi pendant de longues années un traitement médical sévère qui, au début, faisait disparaître les crises douloureuses et donnait l'impression d'une guérison complète. Mais, avec le temps, l'amélioration a été moins sensible, bientôt le traitement a été inefficace, les douleurs ont persisté malgré toutes médications, le malade devant avoir recours à la morphine.

DE LA GASTRECTOMIE

Contrairement à l'avis de certains chirurgiens, nous pensons que la gastrectomie est l'intervention de choix, chez de tels malades. Elle a toujours été faite avec succès par le Docteur DUVAL qui est un partisan convaincu de la résection large de l'estomac.

Seule, cette intervention radicale peut donner une guérison immédiate et lointaine. Toutes les autres interventions conseillées ne sont que palliatives ou illusoires.

Que peut faire une simple gastro-entérostomie sur un gros ulcère de la face postérieure de l'estomac ? Rien, ou presque rien. Car elle ne peut permettre la cicatrisation d'un tel ulcère, et la neutralisation du suc gastrique par les sucs duodénaux est le plus souvent inefficace étant donné que, dans ces cas, le suc gastrique est souvent normal, même hypoacide.

Certains chirurgiens préconisent en deux temps, gastro-entérostomie, ensuite gastrectomie. Le Docteur DUVAL est, au contraire, complètement opposé à cette technique, et préconise l'intervention radicale

d'emblée, car rien n'est plus ennuyeux que de réintervenir chez un malade déjà opéré, et la gastrectomie large est autrement plus complexe quand il existe déjà une gastro-entérostomie qu'il faut généralement faire disparaître.

Pourtant certains chirurgiens trouvent à la résection large un certain nombre de contre-indications que nous allons maintenant étudier. Ces contre-indications sont de différents ordres :

1^o L'affaiblissement des malades.

2^o La possibilité de lésions de vaisseaux importants déterminant des hémorragies graves.

3^o La possibilité de lésions du pancréas pouvant entraîner la formation de fistules pancréatiques.

4^o La septicité plus grande de tels ulcères pouvant déterminer des complications post-opératoires mortelles.

Nous ne nions pas que très souvent ces volumineux ulcères touchent profondément l'organisme et nous avons montré que parfois les malades sont particulièrement affaiblis, presque confinés au lit. Mais, malgré cet état général déficient, le Docteur DUVAL conseille la gastrectomie, car le plus souvent il s'agit de sujets jeunes, maigres, chez lesquels l'opération est relativement rapide. Rien n'est aussi difficile que la chirurgie gastrique chez les individus gras.

Voyons maintenant la question des hémorragies graves pouvant se produire dans le décollement de l'ulcère. Ceci est encore inexact et le Docteur DUVAL

montre que si l'on veut prendre la peine de suivre exactement la séreuse gastrique et de se tenir toujours exactement à son contact, on peut arriver à libérer l'estomac du pancréas assez rapidement sans la moindre hémorragie. Les deux organes séparés, l'estomac présente un trou qui correspond à la grandeur de l'ulcère, le pancréas une cupule plus ou moins profonde suivant le degré d'extension de l'ulcération ; mais cette cupule ne saigne pas. En quelques coups de bistouris on décolle l'ulcère et l'on passe au delà de la zone adhérente. L'estomac s'extériorise et une résection large est possible.

Mais si, au contraire, on se perd dans le tissu pancréatique, dans la région solaire, on risque de déterminer des hémorragies ennuyeuses.

Déjà, en 1920, DUJARIER disait : « La libération des ulcères adhérents ou pénétrants est beaucoup plus facile qu'on ne le croyait jadis. Avant la guerre, je ne réséquais que les ulcères peu adhérents et facilement mobilisables ; je considérais que la libération des adhérences au foie et surtout au pancréas exposait à des hémorragies difficiles à tarir. Or, je me suis aperçu, à mesure que je m'adressais à des adhérences plus intimes, que la crainte d'hémorragies était illusoire. Il s'est formé autour de l'ulcère pénétrant une zone de sclérose dans laquelle on taille comme dans une rave. »

Maintenant, voyons la question plus spéciale du pancréas. Certains chirurgiens prétendent que : « l'enfouissement du pancréas peut être laborieux, lais-

sant s'écouler du suc pancréatique d'où des cystostéatonécroses rapidement mortelles... »

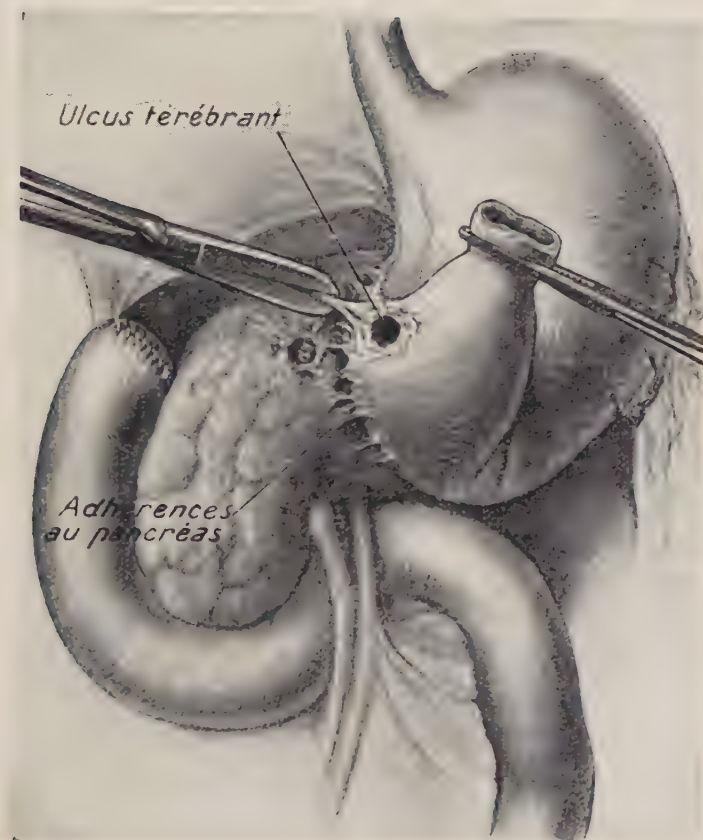
Rien n'est plus inexact. Le fond de l'ulcère n'a pas besoin d'être enfoui ; il suffit de le nettoyer très soigneusement à la compresse, de le toucher à la teinture d'iode et de l'abandonner purement et simplement dans l'abdomen. Très souvent, le drainage n'est même pas nécessaire. Mais là encore, il faut prendre la précaution de ne pas léser la glande pancréatique en se tenant au ras de la séreuse gastrique. C'est encore l'avis de DUJARIER : « Je ne cherche même plus à rapprocher les bords du fond de l'ulcère par des sutures comme je le faisais au début. La réaction fibreuse qui envahit les tissus dans l'ulcère pénétrant explique encore l'absence de fistules pancréatiques qu'on pourrait craindre en détruisant les adhérences gastro-pancréatiques.

Enfin il reste une dernière question qui semble avoir pour certains chirurgiens une importance considérable, c'est celle de la septicité de l'ulcère.

Nous ne nions pas que les ulcères gastro-duodénaux et surtout les perforés et bouchés ne soient infectés. Il y a tout lieu de penser que dans le fond d'une niche occupée par un enduit plus ou moins sanieux, séjournent des microbes virulents. Nous n'avons jamais fait de recherches bactériologiques à ce sujet et nous ne pouvons rien affirmer ni infirmer. Mais l'étude des résultats post-opératoires des 33 opérés nous a montré que les suites ont toujours été bénignes. Nous pouvons donc affirmer que si

cette septicité existe elle n'est pas très grave et ne contre-indique pas l'ablation large de toute la zone malade.

Nous avons l'impression contraire et nous considérons qu'il s'est produit, du fait de l'importance des lésions de périgastrite une vaccination locale et générale qui explique des suites relativement simples malgré une intervention importante.



Décollement d'un ulcère de la face postérieure et adhérent
au pancréas.

DE LA GASTRECTOMIE

La technique que le Docteur DUVAL conseille est celle de FINSTERER décrite dans les archives médico-chirurgicales de Normandie; cette technique a l'avantage, comme le prouve l'analyse de nos observations de réduire la mortalité opératoire à zéro.

Cette faible mortalité est expliquée en premier lieu par le fait que tous les malades ont été opérés à l'anesthésie locale.

Ce mode d'anesthésie est incontestablement un progrès considérable surtout dans cette chirurgie des ulcères perforés et bouchés qui demande un silence abdominal presque absolu pour pouvoir facilement opérer dans la profondeur.

C'est grâce à l'anesthésie locale que même après une intervention difficile et qui dure une heure et demie, deux heures, le malade n'est pas choqué et à des suites opératoires aussi bénignes.

Un autre avantage de la technique de FINSTERER est de faire toutes les sutures en 3 plans. Grâce à

cette précaution, la 3^e suture séro-séreuse extrêmement fine donnant une péritonisation parfaite, les complications de péritonite sont écartées. Malgré une réalimentation rapide et progressive, on ne risque absolument rien. Les 3 sutures donnent une sécurité presque complète.

Mais si la gastrectomie dans l'ulcère perforé et bouché de la face postérieure de l'estomac est encore relativement facile, il n'en n'est plus de même quand on veut enlever un ulcère perforé et bouché de la face postérieure du duodénum. Toute la difficulté siège dans le décollement du duodénum de la tête du pancréas. C'est là que réside toute la difficulté de l'opération large,. Quoiqu'il en soit, avec patience, on peut arriver à trouver le bon plan de clivage ; c'est une question d'habitude personnelle, il faut commencer par les cas faciles puis, progressivement, s'attaquer aux cas difficiles.

Ce qu'il faut avant tout c'est de se ménager suffisamment d'étoffe afin de pouvoir fermer convenablement le duodénum. Bonne fermeture duodénale égale guérison certaine ; mauvaise fermeture égale fistule duodénale et complications mortelles. Les suites opératoires sont là directement en rapport avec la minutie de l'intervention.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Madame V. 38 ans, opérée le 24 juin 1933.

Anesthésie locale plus éther.

Malade souffrant de l'estomac depuis longtemps surtout des crises aiguës depuis 1 mois. Radio négative. On trouve un ulcère de la face postérieure de l'estomac de la grandeur d'une pièce de un franc, qui adhère à la région pancréatique postérieure.

Gastrectomie difficile l'ulcère siégeant assez haut sur la face postérieure.

Examen de la pièce : Ulcère simple sans dégénérescence.

Revue le 4 février 1936. La malade va parfaitement bien, elle a engraisée elle ne souffre plus et mange de tout.

OBSERVATION II

Monsieur S. Ernest, 50 ans, opéré le 9 juin 1934.

Anesthésie locale.

A l'ouverture de la paroi on sent une masse postérieure, on pense à la possibilité d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac assez étendu et adhérent à la région pancréatique.

Section première du duodénum. Fermeture de ce dernier en trois plans, complétée par une épiplooplastie. On soulève alors l'estomac et on voit l'ulcère. Il est de la grandeur d'une pièce de deux francs et il a complètement perforé les parois de l'estomac et est bouché par la région cœliaque. On libère l'ulcère de toute cette région. On sectionne la coronaire stomachique dans le voisinage de son origine et on fait une gastrectomie du type FINSTERER. On referme la paroi sans drainage. Crins sur l'aponévrose.

Examen histologique : Ulcère simple sans dégénérescence avec lésion de gastrite du type « métaplasie intestinale extrêmement prononcée ».

Revu le 5 février 1936 : le malade va bien et ne souffre plus du tout et mange de tout. Il a repris son travail presque aussitôt sa sortie de la clinique.

OBSERVATION III

Monsieur Le F. Félix, 35 ans.

Opéré le 27 décembre 1934. Anesthésie locale plus éther.

Gastrectomie type FINSTERER pour un ulcère du duodénum. L'ulcère siège à environ 3 ou 4 centimètres du pylore sur la face postérieure du duodénum et adhérent à la tête du pancréas. La fermeture du duodénum est rendue difficile du fait du siège de l'ulcère qui nécessite un décollement duodéno-pancréatique assez étendu. La fermeture du duodénum est faite en trois plans, le dernier au fil de soie.

Fermeture de la paroi sans drainage avec crins perdus sur l'aponévrose. Crins sur la peau.

Revu le 5 février 1936, le malade va très bien a engraisé et ne souffre plus du tout.

OBSERVATION IV

Monsieur A. Pierre, 39 ans.

Opéré le 4 janvier 1935, anesthésie locale plus éther.

Malade opéré antérieurement d'un ulcère perforé par un autre chirurgical. Reste bien portant pendant une année, puis les crises reviennent de plus en plus fortes. Depuis deux mois, il souffrait terriblement et ne pouvait absorber que du liquide. La gastrectomie est rendue difficile du fait que le malade présente une grosse éventration et aussi des adhérences du colon transverse et du grand épiploon au péritoine. Libération des adhérences et exploration de l'estomac. Il s'agit d'un ulcère du duodénum qui adhère à la tête du pancréas. Décollement duodéno pancréatique pour passer au-dessous de l'ulcère. Section et fermeture du duodénum en trois plans. Ensuite anastomose gastro-gegu-nale classique. Cure de l'éventration avec des crins sur l'aponévrose.

Examen de la pièce : ulcère simple sans dégénérescence.

Revu le 10 février 1936 : Le malade est très bien et mange de tout.

OBSERVATION V

Monsieur D. Louis, 47 ans.

Opéré le 26 juin 1935. Anesthésie locale.

Gastrectomie large pour un gros ulcère de la face postérieure de la première portion du duodénum perforé et bouché par la tête du pancréas. Le décollement duodéno pancréatique est poussé assez loin, de façon à avoir assez d'étoffe pour fermer convenablement le moignon duodénal en quatre plans. Gastrectomie à la FINSTERER. Fermeture sans drainage. Crins sur l'aponévrose.

Examen histologique : L'examen macroscopique peut faire penser à une dégénérescence. Les coupes examinées

montrent une muqueuse duodénale typique caractérisée par ses glandes de Brunner. Cette muqueuse présente une ulcération profonde dont le fond est constitué par un tissu de sclérose inflammatoire qui remplace la musculature et forme à lui seul toute l'épaisseur de la paroi et se confond avec l'adventice de gros vaisseaux situés dans la sous-séreuse. On ne trouve aucun signe de dégénérescence épithéliale. L'aspect est celui d'un ulcère calleux.

Revu le 5 février 1935. Le malade va très bien et ne souffre plus du tout.

OBSERVATION VI

Madame M. Gisèle, 39 ans.

Opérée le 23 octobre 1935. Anesthésie locale. On trouve un ulcère du duodénum chez une femme souffrant depuis 4 ou 5 ans. L'ulcère est très loin au niveau du coude de la première portion du duodénum il siège sur la face postérieure, et adhère à la tête du pancréas où il détermine une véritable sténose. L'estomac est dilaté ; la gastrectomie est difficile et nécessite un décollement duodéno pancréatique assez poussé. Au moment où on libère l'estomac du pancréas, comme il a perforé la paroi postérieure du duodénum, l'ulcère s'ouvre, on arrive néanmoins à refermer le duodénum dans de bonnes conditions. On termine ensuite suivant la méthode de FINSTERER.

Revue le mois dernier, la malade allait très bien.

OBSERVATION VII

Madame P. Suzanne, 48 ans.

Opérée le 11 novembre 1935. Anesthésie locale.

Malade opérée il y a quelques années dans une autre

clinique. Il lui a été fait à ce moment-là une gastroentérostomie. Elle continue à souffrir. On lui fait alors une gastrectomie pour un ulcère de la partie haute de la petite courbure adhérent en arrière au pancréas. L'opération est facile. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Crins sur l'aponévrose.

Examen histologique. Ulcère simple sans dégénérescence entouré d'une zone de gastrite très marquée occupant tout l'antrum pylorique avec une série de petites ulcérations.

Revue le 4 février 1936, elle va bien, mange de tout sans souffrir.

OBSERVATION VIII

Monsieur F. 38 ans.

Opéré le 12 août 1931.

Très gros ulcère de la face postérieure de l'estomac adhérent au pancréas. Gastrectomie large.

Le 5 septembre 1931, grosse collection purulente sous-phrénique. Incision de la paroi abdominale à l'anesthésie locale.

Départ au sixantième jour.

Revu le 5 février 1936. Il va bien ne souffre plus de l'estomac. Il présente cependant de temps en temps quelques alternatives de diarrée et de constipation, mais il a fait autrefois des crises paludéennes.

OBSERVATION IX

Monsieur P. 38 ans.

Opéré le 13 octobre 1932. On trouve un ulcus duodénal situé sur la partie postérieure du duodénum pénétrant dans la tête du pancréas où il forme une niche. L'ablation est difficile.

Revu le 6 février 1936, le malade va bien, n'a plus de douleurs.

OBSERVATION X

Madame D. 65 ans.

Opérée le 1^{er} décembre 1932. Cliniquement on pense à une sténose pylorique ou à un ulcus duodénal. Fortes douleurs 3 h. 1/2 ou 4 heures après les repas. Moelena.

Intervention à l'anesthésie locale. On trouve un énorme ulcère calleux de la première portion du duodénum ayant perforé complètement la paroi et creusant dans la tête du pancréas. On fait une gastrectomie. L'opération est rendue difficile du fait de la pénétration de l'ulcère dans la tête du pancréas. Progressivement on arrive à libérer le duodénum, il reste alors sur la tête du pancréas une cupule d'un diamètre de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres qui correspond au fond de l'ulcère. On libère le duodénum en dessous et on le ferme en trois plans. Pour faire cette fermeture on est obligé de libérer le duodénum assez loin et on se trouve dans le voisinage immédiat du cholédoque et du canal pancréatique. Ensuite gastrectomie typique suivant le procédé de FINSTERER. Fermeture aux fils de bronze en laissant un petit drain et une mèche au contact du fond de l'ulcère.

Examen histologique de la pièce : Ulcération simple sans dégénérescence.

Suites immédiates : Pas de température, levée le quatrième jour, départ le 10^e jour. *Revue le 4 février 1936*, va bien, ne souffre plus, mange de tout. Elle ne travaille pas en raison d'une infirmité des jambes.

OBSERVATION XI

Monsieur Le N. 42 ans.

Opéré le 30 mai 1933. Le malade contre-maître dans une filature présente un long passé gastrique, il souffre depuis 8 ou 10 ans ; il rentre à l'hôpital après une hématomérose survenue 8 jours auparavant. Douleurs tardives après les repas, digestions lentes ; fatigues générale très marquée.

A l'intervention on trouve un ulcère de la première portion du duodénum pénétrant dans la tête du pancréas. La séparation de l'ulcère du pancréas est extrêmement difficile. On finit cependant par trouver un plan de clivage qui nous permet de passer au-dessous des adhérences et de libérer l'ulcère du tissu pancréatique après 3/4 d'heure de patience. Bonne fermeture du duodénum. Gastrectomie typique suivant le procédé de FINSTERER. On laisse une petite mèche au contact du duodénum. Fermeture de la paroi avec crins perdus sur la ponévrose. La température dans les jours qui suivent ne dépasse pas 37. On retire la mèche au deuxième jour. Levé le troisième jour et départ le septième jour après l'intervention.

Laboratoire :

Urée sanguine : 0 gr. 31.

Tubage gastrique.

Acide chlorhydrique libre : 1 gr. 90.

Acidité totale : 2 gr. 53.

Présence d'acide lactique et de sang.

Radioscopie. Elle montre une stase gastrique et un bulbe duodénal qui s'injecte mal.

Revu le 4 février 1936. Le malade va bien, ne souffre plus et peut manger de tout.

OBSERVATION XII

Monsieur B. André, 33 ans.

Opéré le 1^{er} juin 1933. Clinique : début il y a 5 ou 6 ans par des petits malaises, une lassitude générale et des douleurs gastriques. Depuis un mois surtout il présente des crises très fortes à siège épigastrique extrêmement vives sur un fond de douleurs permanentes. Pas de vomissements, amaigrissement peu marqué.

Radioscopie : Liquide résiduel, légère hyperkynésie de l'estomac. Pas de signe direct de lésions organiques.

Laboratoire :

Urée sanguine : 0 gr. 32.

Tubage gastrique.

Acide chlorhydrique libre : 3 gr. 06.

Acidité totale : 3 gr. 50.

Traces d'acide lactique.

Intervention à l'anesthésie locale. Gastrectomie très difficile pour un ulcère du duodénum pénétrant dans la tête du pancréas. On passe une heure pour libérer le bout duodénal et on arrive au contact du cholédoque. On fait cependant une fermeture satisfaisante du duodénum. On laisse une mèche au contact de la cupule pancréatique, ensuite gastrectomie suivant le procédé de FINSTERER.

Suites immédiates : Température ne dépassant pas 38,3. Levé le 9^e jour, départ le 15^e.

Revu le 15 novembre 1933. Il est en excellente santé a des digestions faciles ; ne souffre plus.

Revu le 4 février 1936, son état de santé se maintient.

OBSERVATION XIII

Monsieur L. Eugène, 55 ans.

Opéré le 23 juin 1933.

Clinique : Début six ans auparavant par vomissements

et fortes douleurs à évolution cyclique. Depuis plusieurs mois les douleurs sont très marquées, survenant sans horaire fixe, durant 5 à 6 heures et obligeant le médecin à faire du Sédol au malade. Elles se reproduisent jusqu'à deux fois par jour laissant entre elles un état douloureux chronique. Les vomissements se reproduisent 2 à 3 fois dans la même journée et précèdent la crise douloureuse. L'appétit est conservé mais l'amaigrissement est notable.

Radioscopie : liquide de stase et d'hypersécrétion. Pylore douloureux et déformé.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 46.

Intervention à l'anesthésie locale. On trouve un ulcère de la face postérieure de l'estomac ayant complètement perforé la paroi gastrique et bouché par le pancréas et la paroi abdominale postérieure au niveau du plexus solaire. On arrive à le dégager difficilement. La difficulté est encore accrue pour faire une gastrectomie à la FINSTERER, car la portion restante de l'estomac est très réduite. Tout se passe cependant sans incident. Désinfection à l'iode de la cupule pancréatique. Fermeture de la paroi sans drainage avec crins perdus sur l'aponévrose.

Suites immédiates : La température ne dépasse pas 37,3 ; Levé le troisième jour, départ le neuvième jour.

Revu le 4 février 1936, il va parfaitement bien, il peut manger tout ce qui lui plaît, il ne souffre absolument plus de son estomac et déclare lui-même qu'il lui semble n'avoir jamais rien eu. Il a repris son travail 2 mois après l'opération et fait même actuellement un travail très dur sans ressentir la moindre fatigue.

OBSERVATION XIV

Madame L. Françoise, 68 ans.

Opérée le 27 juin 1933.

Cliniquement, début douloureux gastrique en février

1933. Douleurs extrêmement violentes, rongeantes, survenant 20 minutes après les repas. Digestions pénibles dont la fin marque la disparition des douleurs, l'appétit est conservé, mais la malade ne mange pas pour éviter les douleurs. Amaigrissement de 10 kilogs en 4 mois. Asthénie marquée. Un régime médical sévère et des plâtrages sont restés sans effet. Pas de vomissements.

Radioscopie : Signes directs d'ulcus : Rigidité et points douloureux sur la petite courbure. Mobilité réduite de l'estomac.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 31.

Tubage gastrique :

Acide chlorhydrique libre ou combiné : néant.

Acidité totale : 0 gr. 22.

Présence d'acide lactique.

Intervention à l'anesthésie locale, complétée par un peu d'éther, on tombe sur une très grosse ulcération siégeant sur la face postérieure de l'estomac ayant complètement perforé la paroi gastrique, bouchée par le pancréas, des dimensions d'une pièce de 5 francs. Section première du duodénum, on relève l'estomac et on arrive à la dégager de la paroi postérieure. Il reste sur le pancréas une cupule qu'on désinfecte à la teinture d'iode. On arrive alors à passer au-dessus de l'ulcération et à faire une gastrectomie du type FINSTERER. On laisse un drain au contact de l'ulcération et on ferme la paroi.

Suites immédiates : Pas de température, mais fait une hernie étranglée le 10^e jour. Elle en supporte très bien la cure radicale et quitte le service le 37^e jour.

Revue le 5 février 1936, elle va très bien, mange de tout, a des digestions faciles, ne souffre pas.

OBSERVATION XV

Madame N. 48 ans.

Opérée le 30 septembre 1933.

Cliniquement : début à l'âge de 18 ans par des crises douloureuses intermittentes espacées de 2 ou 3 ans. Actuellement elle présente des douleurs extrêmement violentes à type de brûlures survenant sur un fond douloureux permanent, apparaissant 3 ou 4 heures après les repas, calmées par l'ingestion d'aliments et par des plâtrages. Elle présente d'autre part, des vomissements alimentaires, régurgitations acides. Pas d'anorexie. Amaigrissement temporaire au moment des crises. Constipation opiniâtre.

Radioscopie : Niche de la petite courbure avec encoche permanente de la grande. Biloculation gastrique.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 68.

Le tubage reste négatif, l'estomac étant sténosé, et la sonde ne passant pas dans la poche inférieure.

Intervention à l'anesthésie locale. On tombe sur une double sténose, une sténose médio-gastrique et une sténose pylorique dues à un ulcère calleux siégeant sur la face postérieure de la petite courbure et descendant le long d'elle jusqu'au niveau de la première portion du duodénum. L'ulcère calleux a complètement perforé les tuniques gastriques et son fond est formé par la paroi postérieure (pancréas ou région cœliaque). Il est absolument impossible de le mobiliser. On commence à sectionner l'estomac au niveau de la sténose médio-gastrique et au niveau de la sténose pylorique. On enlève de cette façon toute la poche antérieure vue à la radio. Les lésions se présentent alors de la façon suivante : L'estomac d'une part, le pylore, d'autre part adhérent par toute leur face postérieure au bord de l'ulcère, celui-ci de la grandeur d'une pièce de 5 francs a creusé les plans postérieures de 2 centimètres environ. La niche ainsi formée peut très bien admettre une petite compresse.

On libère le duodénum de toute la région calleuse ce qui nous conduit dans le voisinage du cholédoque ou le duodénum est sain. On arrive à fermer ce dernier en 3 plans, puis on libère la face postérieure de l'estomac de toute la région calleuse et on termine en faisant une anastomose gastro-jéjunale suivant le procédé de FINSTERER. Drainage, crins sur l'aponévrose.

Suites immédiates : Hématome de la paroi qui remet le départ de la malade au 31^e jour.

Le 13 août 1935, état parfait, le 8 octobre 1935 la santé est excellente; *le 5 février 1936*, la malade mange de tout, a des digestions toujours faciles, ne présente plus aucune douleur,.

OBSERVATION XVI

Monsieur F. Lucien, 45 ans

Opéré le 11 décembre 1933.

Cliniquement : Début pendant la guerre, quelques habitudes d'éthylisme. A ce moment-là les douleurs sont périodiques. Actuellement les douleurs sont extrêmement vives, suffisamment intenses pour amener le malade à restreindre son alimentation. Ces douleurs se reproduisent par crises violentes puis elles diminuent mais sans jamais disparaître. Elles présentent le type de coliques survenant quotidiennement 5 heures après les repas et suivies de vomissements aqueux.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 45.

Tubage gastrique :

Acide chlorhydrique libre : Néant.

Acidité totale : 0 gr. 018.

Présence de sang et d'acide lactique.

Radioscopie : Elle ne montre qu'une ptose gastrique qui n'est pas améliorée par le port d'une ceinture.

Intervention à l'anesthésie locale : On trouve un ulcus

duodénal de la face postérieure non perforant mais adhérent à la tête du pancréas, siègeant à 3 centimètres environ du pylore. Enfouissement du duodénum en 3 plans avec épiploplastie. Gastronomie du type FINSTERER, fermeture sans drainage.

Suites immédiates : Pas de température, levé le 6^e jour, sortie le 17^e jour.

Suites tardives : 1^o Le 1^{er} février 1934, excellente santé, augmentation de 10 kilogrammes aucune douleur, sans aucun régime.

2^o Le 4 février 1936, va très bien, digestions faciles, aucune douleur.

OBSERVATION XVII

M. B. Bernard, navigateur.

Opéré le 14 avril 1934, à l'âge de 28 ans.

Cliniquement, douleurs remontant à 10 mois et devenant subintrantes sans horaire fixe et souvent calmées par la prise d'aliments. Pas d'amaigrissement, pas de vomissements, ni d'hémathémèse, mais présence de sang dans les selles en forte quantité.

On radioscopie montre une image en feuille de trèfle sur des radios en série de bulbe.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 40.

Tubage gastrique :

Adide chlorhydrique libre : 3 gr. 28.

Acidité totale : 3 gr. 64.

Sang : Néant.

Acide lactique : Néant.

A l'intervention on trouve un gros ulcère duodénal ayant perforé la paroi et creusant la tête du pancréas. On a beaucoup de mal à le libérer. On fait tout de même une bonne fermeture du duodénum avec épiploplastie. On



OBSERVATION XVII

termine par une anastomose gastro-jéjunale suivant le procédé de FINSTERER.

La pièce opératoire mesure 25 centimètres sur la grande courbure et 13 centimètres sur la petite.

L'examen histologique montre un ulcère simple sans dégénérescence.

Suites immédiates : La température maxima est de 37,5. Levé le 4^e jour, départ le 9^e jour.

Reçu le 5 février 1936, santé parfaite, ne souffre plus.

OBSERVATION XVIII

M. D... Marcel, 30 ans.

Opéré le 27 avril 1934.

Cliniquement, vieilles douleurs gastriques, il y a 5 ans il a fait une crise douloureuse particulièrement violente avec hémorragie. L'état s'améliore par la suite. Depuis un an il souffre à nouveau violemment. Les douleurs surviennent de 1 heure à 3 heures après les repas, sont calmées par l'ingestion d'aliments et les vomissements, sont presque quotidiennes actuellement, et ne disparaissent jamais complètement. Le malade a considérablement maigri.

La radioscopie montre une sténose pylorique très accentuée.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 43.

Intervention à l'anesthésie locale. On trouve une énorme ulcère juxta-pylorique de la grandeur d'une pièce de deux francs, ayant complètement perforé l'estomac et bouché par le foie et la région pancréatique supérieure. Libération très difficile du duodénum qui adhère à tout le carrefour et surtout à la face antérieure du foie et au cholédique. On finit par le sectionner et par le fermer en 3 plans. Puis gastrectomie typique suivant le procédé de FINSTERER.

La pièce opératoire mesure 24 centimètres sur la grande courbure et 8 centimètres sur la petite.

Suites immédiates : La température reste entre 38 et 38,5, les 2^e et 3^e jour pour retomber aussitôt.

Lever le 6^e jour, départ le 19^e jour.

Revu le 4 février 1936, excellente santé, plus de douleurs. Les digestions sont faciles.

OBSERVATION XIX

M. E.. Adrien, 38 ans, journalier.

Opéré le 18 juin 1934. Cliniquement, il présente depuis 6 mois des douleurs tardives très violentes, presque quotidiennes et localisées par le malade à droite de l'ombilic. Ces douleurs ont résisté à tout traitement médical et en particulier au plâtrage. Pas de vomissements mais des régurgitations acides. Amaigrissement très marqué.

La radioscopie montre une sténose pylorique.

L'intervention nous mène sur un ulcère pyloro-duodéal adhérent au pancréas et à la partie inférieure du foie. Le duodénum est difficile à libérer. On y arrive tout de même avec de la patience et on le ferme en 3 plans, complétés par une épiplooplastie. On termine par une gastrectomie du type FINSTERER.

Examen histologique : Ulcère simple non dégénéré.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 46.

Liquide de stase 175 centimètres cubes avec débris alimentaires.

Acide chlorhydrique libre : 1 gr. 09.

Acidité totale : 1 gr. 89.

Présence de sang et traces d'acide lactique.

Suites immédiates : La température ne dépasse pas 37°6. Lever le 3^e jour, départ le 8^e.

Suites tardives : Revu le 5 février 1936. Le malade va très bien, ne présente plus aucun trouble digestif.

OBSERVATION XX

M. D... Joseph, 27 ans.

Opéré le 23 juin 1934.

Cliniquement, début il y a un an par des douleurs rythmées et périodiques avec vomissements. Actuellement, douleurs très violentes rythmées par des crises encore plus prononcées. Vomissements, Amaigrissement notable, a du cesser son travail. Molena abondant.

Radioscopie : Signes d'ulcus de la petite courbure.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 29.

Acide chlorhydrique libre : 2 gr. 25.

Acidité totale : 2 gr. 70.

Sang en forte quantité.

Pas d'acide lactique.

Intervention : Gastrectomie difficile, le malade étant encore relativement gras et l'ulcère étant loin sur le duodénum, accompagné d'un diverticule et adhérent à la tête du pancréas dont on le libère difficilement. Bonne fermeture duodénale en 3 plans avec épiplooplasie. Anastomose gastro-jéjunale suivant le procédé de FINSTERER.

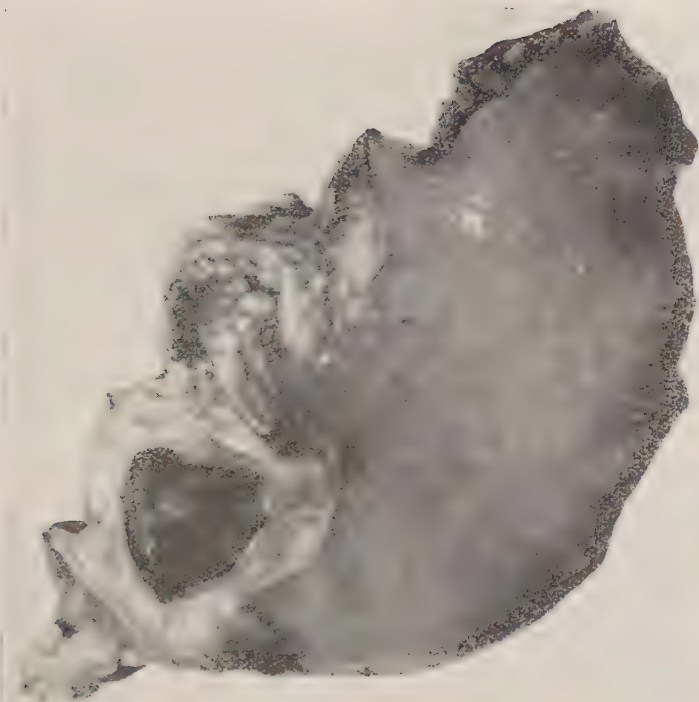
Suites immédiates : La température monte au plus à 38 le lendemain de l'opération. Levé le 3^e jour, départ le 7^e jour.

Revu le 5 février 1936. Le malade va bien, ne souffre plus et mange de tout.

OBSERVATION XXI

M. L... Pierre 31 ans. Journalier.

Opéré le 31 octobre 1934.



OBSERVATION XXI

Cliniquement, le début remonte à 9 ans. A ce moment-là les douleurs sont périodiques puis elles se rapprochent et augmentent d'intensité.

Il est opéré une première fois par le Docteur GUILLOT qui fait une gastro entorostomie ; une deuxième fois par le Docteur DUVAL pour une éventration ; une troisième fois par le Professeur GOSSET qui supprime la bouche de gastro entérostomie. Continuant à souffrir de façon intense, il est opéré une quatrième fois. Le Docteur DUVAL trouve alors un ulcus pyloroduodénal ayant perforé les parois et bouché par le foie dans lequel il creuse une géode admettant l'extrémité du opuce. Gastrectomie suivant le procédé de FINSTERER, relativement rapide. Désinfection de la cupule hépatique à la teinture d'iode, drain dans l'étage sus mésocolique.

La radioscopie montrait une déformation pylorique.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 30.

Acide chlorhydrique libre : 2 gr. 40.

Acidité totale : 2 gr. 82.

Traces de sang et d'acide lactique.

Suites immédiates : Pas de température, on enlève le drain le 2^e jour. Lever le 4^e jour, départ le 9^e jour.

Revu le 4 février 1936, le malade va bien et ne souffre plus du tout.

OBSERVATION XXII

M. T... Césaire, 50 ans.

Opéré le 10 décembre 1934.

Cliniquement, le début a été marqué par un ulcère perforé, précédé par un long passé gastrique. Il est opéré le 24 janvier 1933 par le docteur Gauchet pour sa perforation d'ulcère, puis il continue à souffrir. Depuis un mois 1/2 il présente des douleurs survenant après les repas, très

violentes, obligeant le malade à cesser son travail. Il présente des vomissements quotidiens, les digestions sont difficiles. Il a maigri de 8 kilogrammes en un mois.

La radioscopie montre une lésion organique pré-pylorique.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 39.

Acide chlorhydrique libre : 0 gr. 54.

Acidité totale : 1 gr. 27.

Acide lactique et sang en grande quantité.

Intervention à l'anesthésie locale qui est excellente. On trouve un ulcère de la face postérieure de l'antra pylorique qui a complètement perforé les parois gastriques et bouché par le pancréas dans lequel il s'est creusé une petite loge. Il est de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Le méso étant très rétracté par participation au processus inflammatoire on fait une anastomose gastro-jéjunale pré-cholique.

Suites immédiates : Pas de température, lever le 5^e jour, départ le 14^e jour.

Revu le 6 février 1936, le malade mange bien, continue son travail ; il présente seulement parfois des alternatives de diarrhée et de constipation mais il ne souffre plus de son estomac et a repris du poids.

OBSERVATION XXIII

M. P... Henri, 54 ans.

Opéré le 11 janvier 1935.

Cliniquement : début il y a 25 ans par des douleurs épigastriques, puis période d'accalmie pendant la guerre. Depuis 1920 il souffre presque continuellement mais actuellement, les crises deviennent très violentes, elles sont très légèrement calmées par les poudres inertes surviennent 2 heures après les repas et sont parfois tellement fortes qu'elles forcent le malade à s'étendre. Il présente des vo-



OBSERVATION XXIII

mississements alimentaires de temps à autre et à fait 2 hémasthémèses, une en février 1934, l'autre en janvier 1935. Les digestions sont très pénibles durant de 8 à 20 heures obligeant le malade à restreindre son alimentation. L'amalgissement est léger.

La radioscopie montre une niche de la petite courbure.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 35.

Acide chlorhydrique libre : 0 gr. 36.

Acidité totale : 4 gr. 16.

Traces d'acide lactique et de sang.

Intervention à l'anesthésie locale. On tombe sur un ulcère de 4 cm. 1/2 de diamètre, adhérent complètement au plan postérieur et bouché par le pancréas et la région sus-pancréatique. Section première du duodénum, puis décollement de l'ulcère. La difficulté réside dans la réfection de la petite courbure, car on est très haut au voisinage du cardia et les tissus sont encore incurés. On finit cependant par refaire la petite courbure en trois plans et ensuite on fait une gastrectomie suivant le procédé de FINSTERER.

Examen de la pièce : Il existe à la face postérieure de la pièce opératoire un large orifice aux bords indurés qui représente l'ulcère.

Suites immédiates : La température s'élève à 37,5 le 2^e jour seulement et retombe aussitôt. Départ le 19^e jour.

Revu le 4 février 1936. Le malade a repris son travail un mois après sa sortie de l'hôpital, il ne souffre plus du tout et a des digestions relativement faciles.

OBSERVATION XXIV

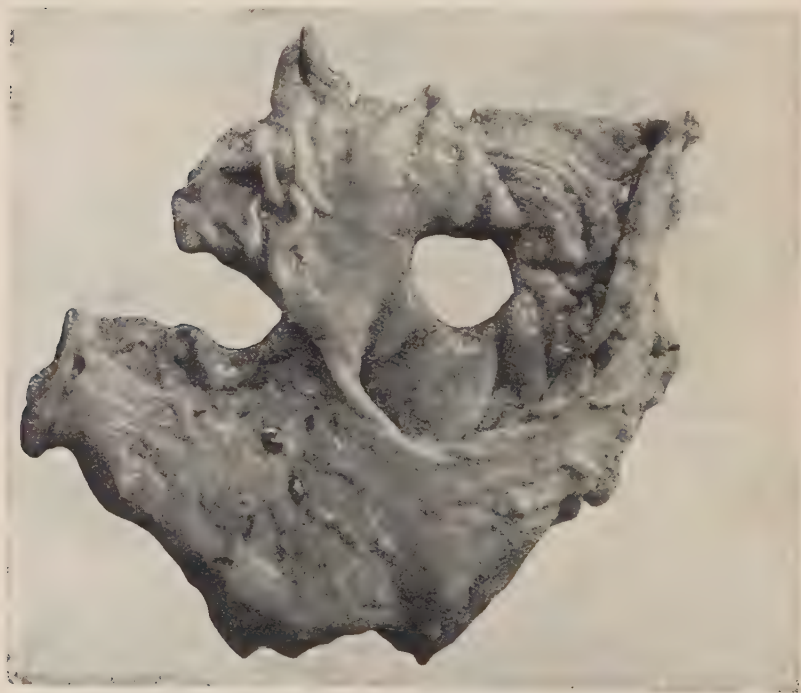
M^{me} D. D... Renée.

Cliniquement, début il y a quelques années par des douleurs de siège épigastrique qui depuis quelques mois deviennent très violentes, sur venant 2 ou 3 heures après les repas, mais ne cessant jamais complètement.

Maupillier.

La radioscopie fait porter le diagnostic d'ulcère de la petite courbure.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 33.



- OBSERVATION XXIV

Acide chlorhydrique libre : 0 gr. 51.

Acidité totale : 1 gr. 45.

Traces d'acide lactique.

Présence de sang en forte quantité.

Intervention à l'anesthésie locale. On tombe sur un ulcère haut situé à la partie postérieure de la petite cour-

bure, qu'on a difficulté à refaire, et pour rétablir l'anostomose gastro-jéjunale la résection étant forcément très large. L'ulcère a perforé complètement la paroi et est bouché par la zone sus-ancréatique.

Examen de la pièce : Ulcère térébrant d'un diamètre de 1 cm. 1/2.

Suites immédiates : Pas de température, lever le 5^e jour, départ le 10^e jour.

Revue le 4 février 1936, la malade n'a jamais souffert depuis son opération, et mange bien.

OBSERVATION XXV

M. D... Maurice, 49 ans. Journalier.

Opéré le 2 mars 1935.

Cliniquement, début il y a quatre ans par des douleurs très violentes surtout depuis 2 ans, survenant 2 ou 3 heures après les repas, soulagé par les vomissements, actuellement permanentes, et entrecoupées même parfois de crises plus violentes. Pas d'hémorragie gastrique, ni intestinale ; l'appétit est bon, mais le malade a dû cesser son travail en raison des douleurs.

Une radiologie montre une niche sur la petite courbure et un bas-fond gastrique dilaté.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 50.

Acide chlorhydrique libre néant.

Acidité totale : 0 gr. 25.

Présence de sang :

Traces d'acide lactique.

A l'intervention on tombe sur un énorme ulcère de la petite courbure bouché en avant par le foie et en arrière par le pancréas, de 3 ou 4 centimètres de diamètre. Section

première du duodénum qui permet de soulever légèrement l'estomac, puis libération du foie en avant et du pancréas en arrière. Ligature de l'artère coronère stomachique très haute, puis gastrectomie typique à la FINSTERER.

Suites immédiates : La température atteint 37,8 dans les jours qui suivent, néanmoins lever le 5^e jour et départ le 24^e jour.

Revu le 6 février 1936, le malade a repris son travail un mois après sa sortie de l'hôpital, a des digestions relativement faciles et ne souffre plus du tout.

OBSERVATION XXVI

M. G... Henri, 61 ans.

Opéré le 2 juillet 1935.

Cliniquement, ce malade souffre de l'estomac depuis 12 ans mais principalement depuis 1 an. Il présente 1^o des douleurs survenant 1 à 2 heures après les repas à irradiation dorsale non calmée par les aliments, calmées. 2^o Par des vomissements bilieux (et de sang, il y a 10 ans). 3^o Du moelena l'année dernière.

La radioscopie indique une lésion organique probable de la région pré-pylorique.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 41.

Acide chlorhydrique libre néant.

Acidité totale : 0 gr. 62.

Sang en grosse quantité.

Absence d'acide lactique.

On fait une gastrectomie pour un ulcère de la face postérieure et de la partie inférieure de la petite courbure. Cet ulcère mesure de 10 à 12 millimètres de diamètre et repose sur une large surface calleuse. Il a déterminé une niche qui a complètement perforé les parois gastriques et dont le fond est constitué par la partie supérieure du pancréas.

L'opération est relativement facile, la libération gastro-pancréatique se fait sans difficulté. On termine par une gastrectomie du type FINSTERER.

Suites immédiates : La température ne dépasse pas 37,3. Lever le 3^e jour, départ le 10^e jour.

Revu le 12 septembre 1935, il est en parfait état et mange de tout.

OBSERVATION XXVII

M. C... Robert, 22 ans.

Opéré le 9 juillet 1935.

Cliniquement, début il y a 2 ou 3 ans par des douleurs qu'un traitement médical poursuivi pendant un an ne parvient pas à calmer. Il a présenté du moelena. La radioscopie donne des signes de lésions organiques pré-pyloriques.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 32.

Acide chlorhydrique libre : 1 gr. 20.

Acidité totale : 1 gr. 82.

Pas de sang.

Fortes traces d'acide lactique.

A l'intervention, on trouve un ulcère du coude duodénal entre la 1^{re} et la 2^e portion en pleine activité et bouché par le foie dans lequel il s'est creusé une petite loge. A notre que ce malade avait déjà été opéré d'un ulcère perforé 2 ans auparavant. On fait une gastrectomie assez difficile du fait du siège assez loin de l'ulcère sur le duodénum. Enfouissement de ce dernier en 3 plans, puis on termine par une gastro jéjunostomie suivant le procédé de FINSTERER.

Suites immédiates : La température ne dépasse pas 37,3. Lever le 3^e jour, départ le 9^e jour.

Revue le 5 février 1936, le malade ne souffre plus et se sent très bien.

OBSERVATION XXVIII

M. C. Georges 35 ans.

Opéré le 9 août 1935.

Cliniquement, début par douleurs gastriques datant d'une dizaine d'années, transfixiantes, très violentes, survenant 2 à 3 heures après les repas, et calmées par les vomissements et la prise d'aliments. Pendant un an le malade n'a presque pas souffert, mais depuis 3 mois les douleurs sont revenues plus violentes que jamais et ne disparaissent jamais complètement. Aucun médicament n'arrive à les calmer. Vomissements alimentaires, synchrone aux douleurs ; pas d'hémathémèse. Amaigrissement marqué, appétit conservé, pas d'anorexie.

La radioscopie montre une région pyloro duodénale suspecte de lésions organiques.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 30.

Acide chlorhydrique libre : 2 gr. 17.

Acidité totale : 2 gr. 50.

Traces d'acide lactique.

Présence de sang.

A l'intervention, on trouve un très gros ulcus duodéal pénétrant dans la tête du pancréas. Dissection très difficile de la région, on arrive cependant à trouver un plan de clivage duodéno pancréatique, et à fermer le duodénum en trois plans, ensuite gastrectomie suivant le procédé de FINSTERER.

Pièce opératoire : niche dans le pancréas dans laquelle il est possible d'introduire le pouce.

Suites immédiates : La température ne dépasse pas 37,2. Lever le 3^e jour, départ le 7^e jour.

Revu le 5 février 1936 : Le malade ne souffre plus de son estomac, mais présente de temps en temps quelques coliques accompagnées de diarrhée. Les digestions sont faciles.

OBSERVATION XXIX

M. D... Joachim 65 ans.

Opéré le 12 octobre 1935.

Cliniquement le début remonte à 9 ans par des douleurs très violentes et périodiques survenant 4 à 5 heures après les repas, calmées par les vomissements et l'absorption d'aliments. Les vomissements alimentaires et abondants. Pas d'hémotémèse. Amaigrissement par périodes coïncidant avec les douleurs. Actuellement amaigrissement de 5 kilogrammes environ. Depuis 2 mois l'appétit est complètement disparu et le malade présente une anorexie élective pour les viandes. Moelena occulte.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 41.

Acide chlorhydrique libre : 1 gr. 27.

Acidité totale : 2 gr. 40.

Acide lactique : néant.

Traces de sang :

A l'intervention on trouve une très grosse ulcération perforée de la région pyloro duodénale et bouchée par le foie. L'opération est rendue difficile en raison d'une part de l'œdème siégeant sur le duodénum et d'autre part, du décollement de ce dernier de la tête du pancréas. Enfouissement du duodénum en 3 plans. Gastrectomie finale à la FINSTERER.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait alors d'un néoplasme probablement dû à un ulcère dégénéré.

Suites immédiates : Pas de température, départ le 9^e jour.

Suites tardives : Revu le 30 décembre 1935, excellente santé.

Revu le 5 février 1936, la santé se maintient.

OBSERVATION XXX

M. H... Arcade, 39 ans.

Opéré le 18 décembre 1935.

Cliniquement, débuts il y a 10 ans par des douleurs gastriques d'abord périodiques, actuellement permanentes, survenant vers 2 heures du matin et une heure après les repas. Elles en sont pas calmées par les aliments ni par les plâtrages. Vomissements fréquents et anciens, alimentaires seulement. Léger amaigrissement quoique l'appétit soit conservé.

La radioscopie montre des signes de sténose pylorique.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 31.

Acide chlorhydrique : 0 gr. 87.

Acidité totale : 1 gr. 46.

Absence de sang et d'acide lactique.

A l'intervention on trouve un ulcère duodénal très fortement adhérent et pénétrant dans la tête du pancréas. La libération des deux organes est impossible, l'ulcère siège à l'union des 1^{re} et 2^e portions duodénales. On s'arrange pour avoir un premier plan à peu près correct ensuite on se sert du pancréas et de la paroi antérieure du duodénum pour faire un 2^e et un 3^e plans. On obtient finalement une fermeture duodénale satisfaisante. On laisse un drain au contact de la cupule pancréatique après avoir fait une gastro jéjunostomie à la FINSTERER.

L'examen de la pièce montre un ulcère de la grandeur d'une pièce de 50 centimes siégeant sur la face postérieure du duodénum, perforant la paroi de ce dernier et formant une cupule sur le pancréas.

Suites immédiates : La température atteint 38° un jour et revient aussitôt à la normale. Lever le 6^e jour, départ le 13^e jour.

Revu le 4 février 1936. Le malade est en parfaite santé.

OBSERVATION XXXI

M. O... Guillaume, 33 ans, chauffeur.

Opéré le 30 décembre 1935.

Cliniquement, le début remonte à plusieurs années par des douleurs périodiques. Actuellement les douleurs sont plus rapprochées et plus intenses.

La radioscopie montre un défilé pylorique douloureux avec hyper sécrétion sans stase.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 40.

Acide chlorhydrique : 0 gr. 51.

Acidité totale : 1 gr. 16.

Ni sang ni acide lactique.

A l'intérieur on trouve un ulcère perforé du pylore bouché par le pancréas. La libération des deux organes est très difficile. On y arrive cependant et on termine par une gastro jéjunostomie à la Finsterer.

L'examen de la pièce : Il existe au niveau du pylore deux ulcères : l'un en voie de cicatrisation, l'autre calleux, possédant une niche à fond pancréatique qui admet l'extrémité du petit doigt. Ce dernier ulcère est environné d'une zone de gastrite.

Suites immédiates : La température ne dépasse pas 37,4. Lever le 4^e jour, départ le 9^e jour.

Revu le 4 février 1936, le malade ne souffre plus et peut manger de tout.

OBSERVATION XXXII

M. R... Raymond, 40 ans.

Opéré le 4 janvier 1936.

Le début remonte à plusieurs années par des douleurs gastriques tardives, violentes survenant 2 à 3 heures après les repas mais sans périodicité marquée. Ces douleurs sont

calmées par les aliments et siègent dans l'hypocondre gauche. Le malade a présenté plusieurs hémathémèses. La première il y a quelques années, la deuxième il y a 2 ans, la dernière il y a deux mois. Parfois quelques vomissements bilieux. Il n'a pas maigri, l'appétit est conservé, légère trémulation des mains et de la langue. Présence de sang dans les selles en assez forte quantité.

La radioscopie ne montre aucun signe de lésion organique.

Laboratoire : Urée sanguine : 0 gr. 39.

Acide chlorhydrique : 0 gr. 90.

Acidité totale : 2 gr. 35.

Absence de sang et d'acide lactique.

A l'intervention, on trouve un gros ulcère, de la face postérieure de l'estomac, haut situé sur la grande courbure, perforé et à fond pancréatique. La gastrectomie est difficile car on est obligé de faire une ablation large de l'estomac.

L'examen macroscopique de la pièce montre un gros ulcère calleux entouré d'une large zone de gastrite. L'ulcération mesure 2 centimètres de diamètre.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un ulcère simple.

Suites immédiates : Hématome de la paroi le troisième jour, après l'incision de cet hématome la température revient à la normale au 5^e jour. Départ le 23^e jour. Le malade est à ce moment-là très bien portant, ne souffre plus et mange normalement.

OBSERVATION XXXIII

M^{me} Le L... Madeleine 41 ans, 27, rue de Bitche à Sanvic.
Opérée le 22 janvier 1936.

Cette malade souffre de l'estomac depuis l'âge de 14 ans.

A ce moment les douleurs étaient périodiques et relativement espacées. Actuellement les douleurs sont extrêmement violentes, sans horaire fixe ne disparaissant jamais complètement et presque toujours suivies de vomissements aqueux. Une hémathémèse en 1932. Amaigrissement périodique et survenant au moment des crises douloureuses. L'appétit est capricieux.

A l'intervention on trouve un gros ulcère de la face postérieure de la petite courbure qui adhère au pancréas. La gastrectomie suivant le procédé de FINSTERER est cependant relativement facile.

L'examen de la pièce montre un ulcère calleux creusant dans le pancréas une niche de 1 cm. 1/2 de profondeur et d'un diamètre de 12 à 15 millimètres.

Suites immédiates : Pas de température, lever le 4^e jour, départ le 10^e jour, la malade ne souffrant plus et mangeant normalement.

CONCLUSION

Dans ce travail nous avons voulu surtout montrer que :

1^o Les ulcères perforés et bouchés de l'estomac et du duodénum sont relativement fréquents, ayant pu en observer 33 cas en quelques années.

2^o Ces ulcères surviennent presque toujours chez des malades atteints de troubles gastriques depuis de longues années. Ils sont l'aboutissant d'une maladie ulcéreuse tenace qui non seulement se contente pas seulement de perforer les parois gastriques, mais continue son évolution dans le foie, le pancréas.

3^o Malgré l'avis de certains chirurgiens, la seule conduite qui semble logique est l'intervention large comme le conseille FINSTERER.

4^o Si cette intervention est bien faite par un chirurgien habitué à la technique de FINSTERER, elle est exempte de complications opératoires et post-opératoires.

5^o Le résultat à distance de la gastrectomie est excellent.

Vu : *Le Doyen*
ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse*
A. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAYAMA (F.). — Ulcera raparere posterior do estomago, adherente ao pancreas ulcera gastrica e insuficiencia supra renal. (*Brazil med.* Rio de Janeiro, 1920, XXXIV, p. 93).
- BERNARD (A.). — L'ulcère de face postérieure de l'estomac. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, n° 41, 14 octobre 1934).
- BRINES (O. A.). — Annular pancreas associated with peptic ulcer. (*Am. J. Surg.*, 12 : 483-484, june 1931).
- CERF et MOULAERT (F.). — Ulcère de la face postérieure de l'estomac. (*Société Belge de gastro-entérologie*, séance du 30 mars 1935, in *Journal Belge de gastro-entérologie*, tome III, n° 3, mars 1935).
- CHAVANAZ et CHENUT. — Vaste ulcère de la face postérieure de l'estomac. (*Bulletins et mémoires de la Société méd. et chirurg. de Bordeaux*, 1923-1924, p. 371 et 377).
- Vaste ulcère de la face postérieure de l'estomac. (*Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, 1923, XLIV, p. 622-624).
- DUVAL. — Ulcère de la face postérieure de l'estomac. (*Les archives médico-chirurgicales de Normandie*, p. 1649, 1659, décembre 1932).
- EWALD. — Demonstration eines ulcus ventriculi mit. Arrosion des Pankreas und der art. (*Berl. klin. Woch.*, 1915, L. II, 299).
- IVERSENC. — Ulcère rind latent de la face postérieure de l'estomac. (*Limousin médical*, Limoges 1919, p. 105-110).

- MAYO (W. J.). — The calloused ulcer of the posterior wall of the stomach. (*Amer. surg. Philadelphie*, 1920, p. 109-113).
- PAUCHET (V.). — Traitement de l'ulcus gastro-pancréatique. (*Paris chir.* 1924, XVI, 180).
- PARCELIER (A.). — Deux observations d'ulcère de la face postérieure de l'estomac couverts par le pancréas. (*Jour. de Méd. de Bordeaux*, 1922, p. 120).
- PESCATORI. — Sulla esplorazione radiologica delle ulcere, situate nella parete posteriore dello stomaco. (*Radiol. méd.* 14 ; 655-662, août 1927).
- PUHL (H.). — Primäres Furunkelgeschwür mit heterotoper Fundusschleimhaut. (Zugleich ein Beitrag zur Frage der klinischen Bedeutung akzessorischer Pankreasanlagen. (*Deutsche Ztschr. f. Chir.*, 239-624-630, 1933).
- RONNEAUX (R.). — Image diverticulaire d'origine ulcéreuse de la paroi postérieure de l'estomac au tiers supérieur. (*Société d'ophtalmologie*, Paris, 16 février 1929).
- WILLIENCOURT (De). — Gastrectomie pour ulcère à fond pancréatique faisant une biloculation. (*Lyon chir.* 32-86-89, janvier-février 1935).
- WOHLIVELL (F.). — Ulcus pylori und akzessorischer Pankreaskeim. (*Klin. Wochenschr.*, 8 : 2137-2138, 12 nov. 1929).

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. Bussière. — 3-3-1936
